837
Lane Medical Library
1807

Uber

Suppuration nach Staarextraktion.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Freitag, den 26. Juli 1889

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Hans Thom

aus Militsch i/Schl.

Opponenten:

Herr Dr. med. **Lettow.**
Herr cand. med. **Diewitz.**

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1889.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0054

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Vereiterungen der Hornhaut und des Glaskörpers gehören, abgesehen von dem deprimierenden Ereignis einer sympathischen Affektion des gesunden Auges, zu den übelsten Ausgängen nach Staarextraktionen. Sie beginnen entweder im Gewebe der Hornhaut oder des Glaskörpers selbst, oder sie entstehen, was das häufigere ist, sekundär im Anschluss an eine Entzündung der Iris, Corpus ciliare oder Choroidea.

Dass, gelegentlich bemerkt, primäre Vereiterungen des Glaskörpers überhaupt vorkommen, ist früher vielfach bestritten worden. Die bekannten Versuche von Leber und Schmidt-Rimpler haben jedoch die Existenz einer primären Hyalitis suppurativa mit Sicherheit erwiesen. Sie brachten infektiöse Stoffe in den Glaskörper und sahen Eiterungan auftreten, die in ihm und nicht in der Einstichöffnung begannen. Klinische Erfahrungen stützten die Ergebnisse des Experiments.

Der deletäre Einfluss, welcher Eiterungen nach Staarextraktionen auf das Sehvermögen haben, insofern in der Mehrzahl der Fälle ihr Endeffekt Panophthalmitis mit darauf folgender Phthisis bulbi ist, wurde Veranlassung ihrer Ätiologie eifrig nachzuforschen.

Unter anderem hat man auch die Methode für die in Frage kommenden üblen Ausgänge verantwortlich gemacht. Mit Unrecht. Wenn man sich nicht an die subjektiv gefärbten Empfehlungen kehrt, mit denen jeder Autor sein Verfahren ausstattet und als objektives Mass für den Wert einer bestimmten Staarextraktionsmethode die Summe der Verluste einerseits und der wirklich erzielten Sehschärfen andererseits nimmt, so ersieht man aus den Statistiken der Staarextraktionen, dass keine der in Anwendung kommenden Methoden in ihren Erfolgen irgend wesentlich hinter einer anderen zurücksteht. Es hat aber jede ihre Licht- und Schattenseiten, und keine gewährt absolute Sicherheit des Erfolges.

Zu kleine Cornealwunde dagegen, deren Ränder bei der Linsenexpulsion gequetscht wurden, mechanische Insulte, Zerrung, und Quetschung der Iris bei der Operation, Reizung derselben durch zurückgelassene und quellende Linsenreste, Wundsprengung infolge unzweckmässigen Verhaltens des Patienten nach der Operation, Complikationen von Seiten des Bulbus, chronischer Katarrh der Conjunctiven und des Thränenschlauches, schliesslich üble Zufälle während der Operation, die ausserhalb aller Berechnung liegen und die selbst der geschickteste Operateur nicht zu verhüten vermag, sind seit langer Zeit als in causalem Nexus mit den Eiterungen nach Staarextraktionen stehend erkannt. Gegenüber diesen ätiologisch wenigstens bis zu einem gewissen Grade durchsichtigen Fällen, die seitdem die Augenheilkunde von der Chirurgie abgetrennt und als selbst-

ständiges Fach von specialistisch gebildeten Ärzten ausgeübt wird, glücklicher Weise immer seltener werden, steht eine Reihe solcher die bisher in Anbetracht ihrer Entstehung so zu sagen als dunkle Punkte auf dem Gebiete der ophthalmologischen Pathologie und Therapie figurierten.

Die Operation gelang bei ihnen technisch vollkommen, kein übler Zwischenfall störte oder verzögerte ihren Verlauf und doch traten zur nicht geringen Überraschung des Operateurs, der eine gute und ungestörte Heilung mit Sicherheit erwartete, Eiterungsprocesse auf, deren Genese etwas wunderbares hatte. Der zu immer höherer Entwickelung gelangenden Bakteriologie, sowie den von Tag zu Tag sich mehrenden Erfahrungen über die Antisepsis in der Augenheilkunde war es vorbehalten, das über diesen Fällen von Eiterungen nach Staarextraktionen liegende Dunkel etwas zu erhellen.

Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft müssen wir annehmen, dass jede Eiterung nach Operationen auf einer Invasion von Mikroorganismen beruht. Deshalb muss jede Wunde, damit sie per primam heile, mag sie zufällig entstanden oder durch eine Operation gesetzt sein, ebenso wie ihre Umgebung, wenn sie nicht bereits aseptisch war, desinfiziert und rein erhalten werden. Dieser Forderung gegenüber befindet sich der Ophthalmologe in einer überaus ungünstigen Lage.

Nach den gleichzeitig angestellten Untersuchungen von Eugen Fick in Würzburg und Gayet in Lyon ist der Conjuntivalsack selbst in normalem Zustande

von zahlreichen Spaltpilzen der verschiedensten Gattungen bewohnt, die teils von Aussen durch Berührung der Lidspalte mit unreinen Gegenständen eingebracht werden, teils vom Thränennasengang her einwandern. Der Ophthalmologe hat es somit bei allen seinen Operationen an und um den Bulbus mit einem von vorne herein nicht aseptischen Terrain zu thun. Bestehen ausserdem noch chronisch katarrhalische Zustände des Thränennasenganges oder der Conjunctiven, wie es bei den ärmeren klinischen Patienten in Folge ihrer ungünstigen äusseren Lebensverhältnisse häufig der Fall ist, so wird durch eine damit im Zusammenhange stehende Vermehrung der normal schon vorhandenen Mikroorganismen jeder Infektion noch weiter Thor und Angel geöffnet.

Die erste Pflicht des Operateurs ist es deshalb, bevor er zu dem operativen Eingriff schreitet, das Operationsfeld in genügender Weise zu desinficiren. Bei dem Versuche diese Indikation zu erfüllen, stösst er jedoch auf die grössten Schwierigkeiten. Dieselben sind einmal begründet in der Unzulänglichkeit der in der Ophthalmologie anwendbaren Antiseptika. Diese dürfen, sollen sie nicht, wie das Glüheisen, zusammen mit dem Leben der Mikroorganismen das der Zellen vernichten, eine bestimmte Concentration nicht überschreiten. Ihre Applikation kann aus diesem Grunde bei der hohen Dignität der in Frage kommenden Gewebe nur eine vorsichtige und beschränkte sein. Die Ausspülung des Conjunktivalsackes mit der üblichen

Sublimatlösung in der Concentration von 1 : 5000 hat nur die Bedeutung einer grob mechanischen Reinigung. Die zahlreichen Fältchen und Buchten, mit denen der Conjunktivalsack ausgestattet ist, machen es unmöglich, dass das Antiseptikum mit allen Theilen desselben in Contakt gebracht wird. Durch Vermischung mit der Thränenflüssigkeit wird die Lösung verdünnt und, indem sich das Quecksilber der letzteren mit dem Eiweiss der ersteren verbindet, chemisch verändert. Ausserdem entstehen in derartigen Sublimatlösungen innerhalb des Gefässes recht oft Pilzbildungen. Nach den Angaben von Koch muss aber eine Sublimatlösung von 1 : 5000 um eine ergiebige Desinfektion des inficirten Gewebes herbeizuführen, mindestens $^1/_4$ Stunde ununterbrochen und unverändert auf alle Theile desselben einwirken.

Läge es nun aber auch wirklich im Bereiche unseres Könnens bei den ophthalmologischen Operationen eine sichere Antisepsis vorzunehmen, so müsste, um die Heilung ohne Störung vor sich gehen zu lassen, die erzielte Asepsis auch zu einer dauernden gemacht werden. Den Wunden am Bulbus drohen Gefahren von zwei Seiten. Von aussen und vom Thränennasengange her. Den von aussen möglicher Weise an das Auge herantretenden infektiösen Schädlichkeiten sind wir wohl im Stande durch einen sicher schliessenden Verband den Weg abzuschneiden, dem Wiederersatz vernichteter Mikroorganismen vom Thränennasengange her stehen wir völlig machtlos gegenüber. Theoretisch liesse sich gegen diese letztere Behauptung vielleicht einwenden,

dass der Gefahr der Neuinfektion des desinficirten Conjunktivalsackes vom Thränennasengang her durch öfter wiederholtes Ausspritzen desselben zu begegnen wäre. Praktisch ist diese Idee sicher nicht ausführbar. Abgesehen von der damit verbundenen Unbequemlichkeit für den Kranken würden die fortwährenden Manipulationen in der Umgebung des Auges sicher nicht ohne nachtheiligen Einfluss auf eine günstige Wundheilung sein.

Die Antisepsis und Asepsis in der Ophthalmologie sind somit in ihrer idealen Form bis jetzt nur erst ein pium desiderium.

So lange diese Unsicherheit in der Antisepsis besteht, so lange wird kein Operateur mit Bestimmtheit auf einen guten Ausgang aller seiner Staarextraktionen rechnen können. Doch ist es nicht die mangelhafte Antisepsis und die oben beschriebenen Verhältnisse des Conjunktivalsackes und Thränennasenganges allein, die bei den Eiterungsprocessen nach Staarextraktionen von Bedeutung sind. Es müssen noch andere Momente bei Ihrer Entstehung mitspielen. Ohne diese Voraussetzung müssten wir uns nicht darüber wundern, dass trotz der strengsten antiseptischen Cautelen bei der Operation doch Eiterungen vorkommen, sondern vielmehr darüber, dass sie nicht in einer viel grösseren Häufigkeit beobachtet werden. Die Erklärung der Erscheinung, dass ceteris paribus in einem Falle Eiterung eintritt, im anderen nicht, kann nur in Form von Vermutung geschehen, die sich allerdings stützen auf die Beobachtung des Verlaufes analoger pathologischer Processe an ande-

ren Körperstellen. Sehen wir doch nicht selten im Leben, dass Verletzungen solcher Personen, die gewöhnt sind wenig auf sich zu achten, ohne das geringste dazu zu thun, in wünschenswertester Weise heilen, während bei andern Personen ganz geringfügige Läsionen trotz der sorgfältigsten Behandlung vereitern nnd sogar bisweilen den exitus herbeiführen. Wenn es war ist, was zur Erklärung dieses Phänomens herangezogen wird, dass die Zellen sofort nach dem Eindringen von Mikroorganismen in die Gewebe mit den letzteren einen Kampf aufnehmen, der je nach der Intensität und Extensität der Invasion und nach der Widerstandsfähigkeit der Gewebe mit dem Siege der Zellen oder Mikroorganismen endet, so können wir als weitere Ursache für die Eiterungen nach Staarextraktionen noch eine gewisse individuelle Disposition, die in einer geringeren Widerstandsfähigkeit des Cornealgewebes gegen die eindringenden Coccen besteht, annehmen.

Eine gewisse Prädisposition des Bulbus für die Ansiedlung und Vermehrung von Spaltpilzen, mangelhafte Antisepsis und eine gewisse individuelle Gewebsschwäche müssen wir bis jetzt als Hauptursachen der Eiterungen nach Staarextraktionen betrachten.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen will ich mit gütiger Erlaubnis des Direktors der Universitätsaugenklinik zu Greifswald, Herrn Prof. Dr. Schirmer diejenigen Fälle von Staarextraktionen, die in dem hiesigen neuen ophthalmologischen Institut vorgenommen wurden und Ausgang in Eiterung hatten, veröffentlichen. Für

alle der nachstehend angeführten Fälle, deren Epikrise zum Schlusse folgen soll, ist zu bemerken, dass die Operationen technisch vollkommen gelangen, in der kürzesten Zeit und ohne jeglichen Zwischenfall mit Benutzung nur der notwendigsten Instrumente verliefen.

I. S. W., 71 Jahr alte Wittwe aus A. liess sich am 6. Juli 1887 wegen Cataracta senilis matura oculi sinistri, immatura oculi dextri; dacryocystitis catarrhalis oculi dextri in die hiesige Universitäts-Augenklinik aufnehmen.

Status praesens: Lokalisation links prompt, auf Druck auf die Gegend des rechten Thränensackes entleert sich schleimiges Sekret. Das gespaltene Thränenröhrchen zeigt sich teilweise verwachsen, wird daher am 7. VII. noch einmal gründlich gespalten und in der Folge mit Zincum sulfuricum $^1/_2$ %, einmal mit Argentum nitricum 2 % behandelt. Nach letzterem reichlich weisslich gelbes Sekret.

11. VII. Extractio cataractae sinistrae, dreimal Cocain, rechtes Auge verbunden. Jacobsonscher Lappenschnitt mit Beerschem Messer. Breite Brücke mit dem couteau mousse durchtrennt. Iridectomie giebt ein kleines Colobom. Geringe Hämorrhagie entfernt durch Streichen mit dem Oberlid auf der Cornea. Linsenentbindung leicht, ein Corticalrest durch mehrmaliges Streichen mit dem Davielschen Löffel entfernt. Patientin hält vorzüglich still. Occlusivverband.

12. VII. P. hat keine Schmerzen über Nacht gehabt, will aber auch nicht geschlafen haben.

13. VII. P. hat gestern etwas Emesis gehabt. Zunge belegt.

15. VII. Da der Verband durchtränkt erscheint, so Wechsel. Lider leicht ödematös, im Lidwinkel gelbes dünnes Sekret. Hornhaut infiltriert. Conjunctiva chemotisch. Verband weggelassen. Sublimataufschläge.

21. VII. Das Oberlid fängt an etwas abzuschwellen. Cornea eitrig zerfallen. Da P. die Aufschläge nicht mehr so dauernd angenehm findet, so macht sie dieselben nach Belieben zeitweise. Schmerzen fehlen.

28. VII. Oberlid nur noch wenig geschwollen, von der Cornea lassen sich eitrige Fetzen abwischen.

4. VIII. Die Cornea präsentirt sich immer noch als Eiterflocke.

13. VIII. Entlassung.

II. W. V., Arbeiter, 55 Jahre alt wurde am 18. Juni 1887 wegen cataracta senilis paene matura oculi utriusque in die alte Augenklinik aufgenommen.

Am 21. I. Präparatorische Iridectomie links mit dem Schmalmesser von normalem Verlauf.

21. I. P. klagt öfter über Schmerzen.

23. I. Die Schmerzen sind verschwunden, die Lider zeigen sich aber an den Rändern gerötet, die Cornea getrübt und ein schmales Hypopyon vorhanden. Sublimat, Atropin, Okklusivverband, Bettruhe, Purgans.

25. I. Die Cornealtrübung intensiver, Ciliarneurose durch Morphium bekämpft.

1. II. Eitrige Keratitis ausgebildet, starke Che-

mosis der Conjunctiva, pralle Schwellung der Lider. Lauwarme Umschläge. Morphium. Schnaps.

3. II. Starke eitrige Sekretion. Therapie bleibt dieselbe.

6. II. Schwellung der Lider und Chemosis der Conjunctiva im Rückgange. Ganze Cornea ein eitriger Pfropf.

10. II. Lider abgeschwollen. Ausspülen mit Borsalicyl.

18. II. Status idem: Die ganze Cornea stellt sich beim Ausspülen als fasrig eitrige Masse dar. Schmerzen fehlen jetzt fast ganz.

22. II. Die obere Hälfte der Cornea reinigt sich.

27. II. Entlassung.

Am 28. Juni 1887 lässt sich P. abermals aufnehmen. Diagnose wird gestellt auf cataracta matura oculi dextri; Phthisis ex Iridectomia oculi sinistri.

1. VII. Extractio Cataractae. Dreimal Cocain. Jacobsonscher Lappenschnitt, wobei die Conjunctiva blasig abgehoben wird. Das Couteau mousse hat nur eine schmale Conjunctivalbrücke zu durchschneiden.

Iridectomie insofern etwas abweichend, als der nasale Zipfel stehen bleibt und durch einen zweiten Scheerenschlag durchtrennt wird, sodass das Colobom dabei nach nasal verbreitert wird. P. hat still gehalten, bekommt aber eine leichte Ohnmacht. Kapselriss und Herausdrücken der Linse. Linke Pupille schwarz, ohne dass Corticalreste zu entfernen sind. Okklusivverband. Schnaps.

2. VII. P. wacht um Mitternacht auf, liegt auf der rechten Seite mit dem operirten Auge auf dem Kissen, unangenehmes Druckgefühl, Schmerz im Auge und in der Stirn. Heute Wohlbefinden.

3. VII. Nacht gut.

4. VII. Läppchen beim Zufühlen mit dem Finger stark klebrig. Verbandwechsel. Watte von eitrigem Sekret durchtränkt, links sowohl als rechts. Lider nicht geschwollen, Cornea gelblich infiltrirt. Kein Verband. Borsäureläppchen.

8. VII. Infiltration der Cornea stärker. Lider fangen an zu schwellen. Nächtliche Schmerzanfälle.

14. VII. Lider hochrot, prall geschwellt, chemotischer blutroter Conjunctivalwulst.

22. VII. Seit mehreren Tagen nimmt die Lidschwellung ab, Cornea eitrig zerfallen, temporal hämorrhagisch verfärbt. Schmerzen letzte Nacht nach Morph. 0,01, Chin. 0,5 weniger.

4. VIII. Schmerzen haben seit circa 8 Tagen aufgehört. Der obere temporale Hornhautteil als schmaler Streifen erhalten, nach unten die violett rote Iris sichtbar.

21. VIII. Entlassung. Ein Cornealrest von circa 6—7 mm, z. T. vaskularisirt und unregelmässig eingezogen. Sekretion seit 12 Tagen aufgehört. — Zinc. sulfur. $^1/_3$ %, ferner Tinct. ferri acet. aetheriae.

III. W. H., Arbeiterfrau aus W., 68 Jahr alt, wird aufgenommen wegen cataracta senilis matura oculi sinistri incipiens dextra.

Status praesens: Links reifer Catarakt, gelbliche Färbung, präcise Lokalisation. Rechts werden Finger in 9 m Entfernung richtig erkannt.

31. III. Operation links. 3 mal Cocain. Jacobsonscher Lappenschnitt mit Coutean mousse beendet. Iridectomie glatt. Linsenexpulsion prompt beim ersten Druckmanöver. P. hält sehr still.

Befinden nach der Operation mässig. P. klagt über Magenbeschwerden, Kollern, Aufstossen. Zur Nacht Morph. muriat. 0,005.

1. IV. P. hat ziemlich gut geschlafen, will aber öfter Schmerzen im Auge gehabt haben. Morgens nach dem Kaffee tritt Erbrechen ein, an dem P. nie zuvor gelitten hat. Im Laufe des Tages noch einige mal. Saures Aufstossen etwas gemildert durch Natr. bicarbonic. Tinct. chinae composit. und Tinct. Opii simpl.

2. IV. Über Nacht nach Morphium 0,005 schläft P. ziemlich gut, will aber zeitweise Schmerzen gehabt haben und hat den Verband etwas verschoben. Verbandwechsel. Als derselbe gerade abgenommen ist, öfteres Erbrechen dünner missfarbener Flüssigkeit. Cornea im Bereich der Schnittwunde nebelig getrübt. Wunde leicht klaffend, eine feine am schwarzen Pigment kenntliche Irisfalte zwischenliegend.

2 mal Atropin, Okklusivverband. Rotwein. Abends 5 Uhr Verbandwechsel, da P. wiederholt über Schmerzen geklagt hat. Jetzt Sekret eitrig, doch Cornea nur nebelig getrübt und Wunde nicht stärker klaffend. Ausspülung mit Borsäure und 3 mal Pilocarpin.

3. IV. Randpartie der Cornea nasal und temporal stärker getrübt, nasal ein Abschliff. Einträufelung von Argent. nitric., laue Umschäge.

4. IV. Trübung der Cornea jetzt intensiver, Schwellung der roten Lider mehr prall. Sekret läuft aus der Lidspalte hervor. P. klagt über heftige Schmerzen des Nachts.

5. IV. Status idem. Hornhaut eitergelb, Lidspalte schwer zu öffnen. Conjunctiva bulbi chemotisch. Nachts anfallsweise heftige Schmerzen und Schlaflosigkeit. Dem bisher gegebenen Morphium in Dosis von 0,01 wird 0,5 Chinin zugesetzt. Bei Tage aufstehen.

6. IV. P. hat eine bessere Nacht gehabt.

7. u. 8. IV. Nächte wieder sehr schlecht, bei Tage leidliches Befinden.

10. IV. Letzte Nacht fast schmerzfrei. P. hat 0,01 Morph. erhalten, die Schwellung der Lider besonders temporal schlaffer.

13. IV. Die Lider schlaffer, nur am inneren Winkel geschwellt, nicht mehr gerötet, leicht zu öffnen. Cornea eitrig gelb, am Rande eingeengt von der blutroten chemotischen Conjunctiva. Beschwerden haben nachgelassen.

24. IV. Auf Wunsch entlassen, obgleich die Aufhellung noch nicht beendet. Die Cornea schimmert im oberen Bereich leicht durch, der untere Rand erscheint immer noch etwas vorstehend. Von der mehr graulichen Färbung hebt sich ein intensiver gelblicher Ring ab.

IV. F. W., 67 Jahre alter pensionirter Lehrer aus N. lässt sich wegen Cataracta bilateralis dextra matura in die Augenklinik aufnehmen. P. leidet ausserdem an Diabetes mellitus.

7. V. Stat. praes. Das rechte Auge atropinisirt, lokalisirt eine Flamme gut.

8. V. Extractio cataractae dextrae. Cocain 2% 3 mal eingeträufelt, dann mit Sublimat ausgespült. Jacobson'sche Methode. Es dringt eine Luftblase unter die Cornea, die sich nicht ganz entfernen lässt. Bei und nach der Operation kein Schmerz.

10. V. P. ist nachmittags etwas unruhig, verschiebt den Verband vollständig, Sekretion etwas vermehrt.

11. V. P. war in der Nacht sehr unrnhig, hat sich selbständig aufgesetzt. Die Schnittffäche der Cornea ist infiltrirt, Schmerzen bestehen nicht. Es wird bei Tage vierstündlich und auch einmal bei Nacht Argent. nitric. 2% eingeträufelt.

12. V. Die Infiltration und Suppuration nimmt zu. Behandlung wie am 11. V.

13. V. Die Cornea ist fast vollständig infiltrirt. Statt Argent. nitric. wird jetzt Sublimat ebenso häufig angewendet, auch bei Nacht.

14. V. Die Cornea ist vollständig infiltrirt, Sublimatspülung vierstündlich bei Tage. Es wird nur noch das operirte Auge verbunden. P. verlässt zum ersten Male das Bett.

22. V. P. geht seit einigen Tagen umher, die Eiterung

ist nicht mehr so stark, die Cornea ist noch erhalten und quillt der Eiter aus der Schnittwunde hervor.

9. VI. Entlassung.

V. C. H., 69 Jahre alte Schneiderfrau, wird mit der Diagnose Cataracta matura oculi dextri (Iridectomia praeparatoria) Aphakia ex operatione oculi sinistri in die hiesige Klinik aufgenommen. Vor 2 Jahren ist auf dem linken Auge die Katarakt mit dem Lappenschnitt nach oben extrahiert und zugleich die präparatorische Iridektomie auf dem rechten ebenfalls nach oben ausgeführt.

Stat. praes. Funktion des rechten Auges Licht- und Dunkel-Empfindung. Präcise Localisation.

19. VI. Heute wird die Catarakt des rechten Auges extrahirt durch Lappenschnitt nach oben. Operation ohne Zwischenfall.

14. VI. P. klagt seit gestern über Schmerzen und Zucken im Auge. Die Cornea ist durch Kammerwasser leicht rauchig getrübt, im Glaskörper bemerkt man einige gelbliche Trübungen. Nacht leidlich. Sehvermögen vermindert. Therapie Natr. Salicylic. 2 mal 0,5.

15. VI. Heute ist ein ziemlich beträchtliches Hypopyon zu bemerken, Schmerzen fortdauernd, starke Chemosis der Conjunktiva bulbi.

16. VI. Hypopyon vermehrt.

17. VI. Ein dicker Eiterballen liegt unterhalb der Cornea. Es wird versucht, mittelst des Weber'schen gekrümmten Thränenfistelmessers den Eiter durch die

Cornealwunde herauszulassen. Es gelingt wegen der Consistenz des Eiters nicht.

22. VI. Paracentese der Hornhaut. Es wird ein minimales Bröckelchen des Eiters entleert. Schmerzen verringert.

30. VI. Der Eiter erfüllt die ganze vordere Augenkammer, drängt nach oben und scheint einen Spontanaufbruch an der Cornealwunde vorzubereiten. Funktion $\frac{1}{\infty}$

Bei dem ersten der angeführten Fälle dürfte nicht ohne Einfluss für das Zustandekommen der Eiterung nach der sonst ohne die geringste Störung verlaufenen Operation der chronisch entzündliche Zustand des Thränensackes des nicht operirten Auges gewesen sein. War die Dacryocystitis auch vorher energisch behandelt worden, so ist die Möglichkeit doch nicht ausgeschlossen, dass eine Infection des operirten Augen vom Thränensack des anderen stattfand. Andere Anhaltspunkte für die Ätiologie der Eiterung liegen, wenn wir nicht noch eine gewisse herabgesetzte Widerstandsfähigkeit der Pat. annehmen wollen, nicht vor.

Der zweite Patient war für seine Jahre überaus marantisch, in seinem Gesundheitszustand herabgekommen und von sehr ängstlicher Natur. P. war ausserdem Potator, wie aus der Therapie hervorgeht. Der Umstand, dass sowohl durch präparatorische Iridektomie als auch die einige Monate später vorgenommene Extraktion am anderen Auge mit Vereiterung endeten, muss hier, da keine andern Ursachen aufzufinden sind, in einer überaus grossen Gewebschwäche seine Begründung haben. Nicht

mit Unrecht könnte man auch das Potatorium beschuldigen. Sind zwar höheres Alter und Excesse in Baccho das Register, das immer gezogen wird, wenn jemand durch die Stürme und die Arbeit des Lebens schadhaft geworden ist und dahin welkt, sodass diese Zustände häufig als ätiologische Lückenbüsser auftreten, so ist es doch nicht von der Hand zu weisen, dass die Dyskrasie, wie sie durch den chronischen Abusus von Spirituosen herbeigeführt wird, bei einem an und für sich schwächlichen Individuum den Verlauf pathologischer Processe nachtheilig beeinflussen muss.

Der vierte Patient litt nebenbei an hochgradigem diabetes mellitus. Es soll damit nicht gesagt werden, dass diese Constitutionsanomalie unbedingt zu einer Vereiterung führen musste, denn es ist über Fälle berichtet, bei denen trotz bestehenden Diabetes die Wundheilung ohne Störung verlief und in normaler Weise endete. Dies fand auch bei unserm Patienten Statt, als er sich im Mai d. J. zur Staarextraktion seines andern Auges einstellte. Die Wundheilung verlief hier völlig glatt und schuf ein gutes Sehvermögen. Aber sein Kräftezustand war bei zwar noch bestehendem Diabetes ungleich besser, als im Jahre vorher. Daher wird man auch ähnlich wie bei dem vorhergehenden Falle zu einer durch die schwere Allgemeinerkrankung bedingten Gewebschwäche, die zusammen mit dem unruhigen Verhalten des Patienten, der den Verband unter anderem am 2ten Tage nach der Operation völlig verschiebt, seine Zuflucht nehmen müssen. Sterben ja doch auch Diabetiker

selten an dem Grundleiden, sondern infolge des durch den alterirten Stoffwechsel geschädigten Zustandes der Gewebe sehr leicht an intercurrenten Krankheiten.

Beim zweiten und fünften Falle bestehen überhaupt keine greifbaren Anhaltepunkte für die Eiterungsprocesse. Bei der Patientin W. H. trat nur eine sehr heftige Allgemeinreaktion auf, die vielleicht die Wundheilung störte. Patientin C. H. wurde einmal mit günstigem Erfolge operirt, während 2 Jahre später bei der Operation des anderen Auges Eiterung mit Verlust des Sehvermögens eintrat. Ein mehr vorgeschrittener Marasmus dürfte hier vielleicht seinen Einfluss geltend gemacht haben.

Zum Schluss erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Schirmer für die gütige Zuweisung des Themas und die liebenswürdige Anleitung bei der Bearbeitung desselben, sowie für die Überlassung der Krankengeschichten meinen wärmsten Dank an dieser Stelle auszusprechen.

Lebenslauf.

Hans Thom, geboren am 9. September 1860 zu Militsch in Schlesien, lutherischer Confession, erlangte das Zeugnis der Reife nach circa 5jährig. Unterbrechung seiner Gymnasialstudien Herbst 1884 auf dem Königl. Gymnasium zu Schneidemühl. Seit Michaelis 1884 studierte er in Breslau zuerst Philologie dann Medizin, von Michaelis 1885 bis Ostern 1888 mit Unterbrechung von einem Semester in Würzburg, darauf in Greifswald Medizin. Am 1. März 1887 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 1. Juni 1889 das Tentamen medicum, am 6. Juni das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesuugen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

in Breslau:

bei Prof. *Hasse*, Dr. *Born*, Dr. *Partsch.*

in Würzburg:

bei Geheimrat *v. Kölliker*, Geheimrat *v. Scanzoni*, Hofrat *Rindfleisch*, Prof. *Fick*, Prof. *Leube*, Prof. *Kunkel*, Prof. *Kohlrausch*, Dr. *Bumm*, Geheimrat *v. Sachs.*

in Greifswald:

bei Prof. *Grawitz*, *Helferich*, *Löffler*, Geh.-Rat *Mosler*, Geh.-Rat *Pernice*, *v. Preuschen*, *Rinne*, *Schirmer*, *Schulz*, *Strübing*, *Peiper.*

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern sagt Verfasser an dieser Stelle seinen besten Dank.

Thesen.

I.

Auf die Entstehung von Eiterungen nach Staarextraktionen hat die Operationsmethode keinen Einfluss.

II.

Bei Carcinomoperationen ist keine Rücksicht auf die nachfolgende Plastik zu nehmen.

III.

Besteht bei gegebener Indikation zur Beschleunigung einer Geburt durch die Zange Krampf des Muttermundes, so sind zur Beseitigung desselben nie Incisionen zu machen.